



Bayram Balci, Philippe Bourmaud et Sümeyye Kaya (éd.)

Analyses pluridisciplinaires sur la crise sanitaire COVID-19 en Turquie

Institut français d'études anatoliennes

Le travail ou la santé ? La tension entre économie et santé publique au prisme de la lutte contre la tuberculose (Turquie, années 1940-1950)

Léa Delmaire

DOI : 10.4000/books.ifeagd.3767
Éditeur : Institut français d'études anatoliennes
Lieu d'édition : Istanbul
Année d'édition : 2021
Date de mise en ligne : 17 février 2021
Collection : La Turquie aujourd'hui
ISBN électronique : 9782362450846



<http://books.openedition.org>

Référence électronique

DELMAIRE, Léa. *Le travail ou la santé ? La tension entre économie et santé publique au prisme de la lutte contre la tuberculose (Turquie, années 1940-1950)* In : *Analyses pluridisciplinaires sur la crise sanitaire COVID-19 en Turquie* [en ligne]. Istanbul : Institut français d'études anatoliennes, 2021 (généré le 19 février 2021). Disponible sur Internet : <<http://books.openedition.org/ifeagd/3767>>. ISBN : 9782362450846. DOI : <https://doi.org/10.4000/books.ifeagd.3767>.

Ce document a été généré automatiquement le 19 février 2021.

Le travail ou la santé ? La tension entre économie et santé publique au prisme de la lutte contre la tuberculose (Turquie, années 1940-1950)

Léa Delmaire

- 1 L'une des originalités de la réaction turque au COVID-19 a été le confinement différencié. Obligatoire seulement pour les plus de 65 ans et les moins de 20 ans, ce choix affirmait une volonté de ne pas perturber outre mesure le fonctionnement économique, dans un contexte de crise déjà présent. Cet objectif a été rendu d'autant plus évident que les 18-20 ans occupant un emploi n'étaient pas concerné·es par le confinement : seule·s les inactif·ve·s étaient confiné·e·s.
- 2 Cette mesure, et de manière générale la gestion gouvernementale de la crise du COVID-19, ont été source de nombreuses critiques en Turquie. Le gouvernement a notamment été accusé de vouloir à tout prix privilégier l'économie au détriment de la protection de la population. Les organisations de défense des travailleur·se·s ont reproché à ces mesures d'être responsables de la mort d'ouvrier·e·s, qui ne pouvaient pas avoir recours au télétravail et à qui les employeur·se·s ne fournissaient pas de mesures de protection adaptées. Ainsi l'organisation Assemblée pour la santé et la sécurité au travail (*İşçi Sağlığı ve İş Güvenliği Meclisi*) a produit un rapport affirmant que la gestion politique de l'épidémie en avait fait « un problème de classe », en pointant des mesures qui auraient privilégié le capital au détriment de la santé des travailleur·se·s¹.
- 3 Cette tension entre santé publique et économie, loin d'être inédite, est au contraire récurrente dans l'histoire de la République turque. L'un des exemples les plus frappants concerne les politiques de lutte contre la tuberculose, notamment dans les années 1940-1950. La fin des années 1940 et la décennie suivante correspondent en effet à un

moment de cristallisation de la tuberculose comme problème public majeur, mais aussi à un moment de développements économiques importants. La Turquie se tourne vers le libéralisme économique, dans un contexte d'anticommunisme marqué – alors que le pays est l'un des premiers bénéficiaires du plan Marshall.

- 4 Se pencher sur l'histoire de politiques de santé publique largement oubliées² permet d'éclairer les liens complexes entre économie, travail et épidémies. Dans les années 1940-1950, le bon fonctionnement de l'économie libérale est mis au premier plan et même largement utilisé comme argument pour lancer des campagnes de santé publique. Occultée dans les discours, l'influence des conditions de travail sur la maladie doit pourtant être reconnue par les acteur·ice·s des politiques publiques de lutte contre la tuberculose dans leurs pratiques, comme le montre l'exemple de la « réhabilitation » des malades guérie·s.
- 5 Le contexte et les maladies elles-mêmes étant bien différentes, il ne s'agit évidemment pas ici de penser une comparaison historique immédiate, mais plutôt de souligner une certaine continuité dans la mise au second plan du rôle des conditions de travail dans la gestion d'une maladie considérée comme le problème sanitaire numéro un.

La rhétorique économique : lutter contre la tuberculose pour des travailleur·se·s en bonne santé

- 6 Dans les discours des promoteur·ice·s de la lutte contre la tuberculose, la bonne santé de l'économie nationale et celle de la population semblent aller naturellement de pair. Alors que la loi de 1930 rendant l'État turc responsable de la santé de la population, et notamment de la lutte contre la tuberculose³, n'est pas réellement appliquée et qu'aucune vraie politique antituberculeuse n'existe au niveau national, ses promoteur·ice·s n'hésitent pas à faire usage d'une rhétorique économique pour prouver la nécessité de politiques antituberculeuses. Ces promoteur·ice·s se situent pour certain·es au sein de l'appareil étatique, mais aussi à l'extérieur. Les associations de lutte contre la tuberculose (*Verem Savaş Dernekleri*), qui se développent alors au niveau local comme national, ainsi que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), jouent en effet un rôle important dans la défense et la construction de politiques antituberculeuses⁴. Le cœur de la rhétorique économique utilisée est simple : il s'agit de protéger la santé et la vie des personnes, non pas pour elles-mêmes mais pour la valeur économique que ces personnes produisent.
- 7 Comme le résume en lettres capitales la dernière page du mensuel de « propagande de santé » *Yaşamak Yolu* d'octobre 1952 « la lutte contre la tuberculose coûte cher. Cependant, la tuberculose coûte encore plus cher »⁵. Le journal de l'association stambouliote de lutte contre la tuberculose le prouve en détaillant des calculs réalisés aux États-Unis sur la valeur perdue en raison des travailleur·se·s devenu·es tuberculeux·ses. En effet, la tuberculose touchant alors largement les personnes qui, par leur âge et leur emploi, permettent la croissance économique du pays, la question du travail est un motif essentiel de la rhétorique des associations antituberculeuses. C'est également un argument utilisé dans le plan décennal national pour la santé élaboré en 1946, dans lequel les pertes économiques dues à la maladie sont chiffrées :

Compte tenu des pertes que nous subissons à cause de la tuberculose, soit 40 à 50 000 personnes chaque année, nous craignons réellement le vide créé dans le pays. [...] En supposant que la valeur économique d'une personne est de 5000 liras

en moyenne, nous déplorons la perte de 250 000 000 liras à cause des 50 000 tuberculeux-ses que nous perdons chaque année⁶.

- 8 Il s'agit donc de justifier les coûts de la lutte contre la tuberculose par la valeur créée par une population en bonne santé qui peut travailler à plein rendement. L'argument de l'économie nationale est souvent lié à celui de l'« existence nationale ». Avoir des travailleur-ses et des soldats sains et nombreux répond à la même logique, celle d'affirmer et de développer la grandeur nationale. Cette rhétorique est répandue aussi bien dans les partis politiques qu'au Parlement. Ainsi, le secrétaire général du CHP affirme dans une lettre de 1947 destinée à organiser la première semaine de lutte contre la tuberculose dans les « Maisons du Peuple » que la maladie « nui[t] gravement à notre existence nationale et à notre économie en causant la mort de dizaines de milliers de nos citoyen-ne.s chaque année⁷ ». Pour justifier la loi de 1949 attribuant à l'État plus de responsabilités dans la lutte contre la tuberculose, des parlementaires mobilisent aussi ces mêmes arguments de défense et d'économie nationale pour convaincre leurs collègues⁸.

- 9 Cette idée n'est pas propre à la Turquie, mais défendue au niveau international. Ainsi une institution comme l'OMS, dont on pourrait penser qu'elle défend le concept de santé en soi, recourt à la même rhétorique économique. Étienne Berthet, l'expert envoyé en Turquie par l'OMS en 1950-1952, déclare lors d'une série de conférences ensuite publiées en turc :

Il est important que les gouvernements comprennent que tout effort fait en faveur de la lutte antituberculeuse, toute dépense budgétaire engagée pour limiter les ravages du fléau rapportent finalement plus qu'ils ne coûtent. L'homme a une valeur économique, il représente un capital que les nations doivent sauvegarder. Ce que les gouvernements refusent de dépenser aujourd'hui pour la lutte contre la tuberculose, ils le retrouveront, et combien multiplié, sous forme de lourdes dépenses pour l'entretien des malades incurables, des infirmes, des orphelins⁹.

- 10 La « valeur économique » des personnes évoquée par Berthet est relativement floue, l'argument insistant surtout sur les coûts que permettraient d'éviter des politiques de lutte contre la tuberculose bien menées. Le fait que ces politiques doivent permettre de conserver une population apte à travailler est formulé plus clairement dans un rapport de 1954 :

L'objectif de la lutte contre la tuberculose est de réduire non seulement la mortalité mais aussi l'incidence et la prévalence des handicaps aigus ou temporaires (maladie) et des handicaps chroniques (invalidité). Notre objectif est non seulement d'éviter la mort des personnes, mais aussi de les maintenir en bonne santé et aptes à travailler¹⁰.

- 11 Ainsi, les différent-e-s acteur-ice-s s'accordent sur le fait que développement de l'économie et lutte contre la tuberculose ont les mêmes intérêts, dans la mesure où la valeur produite par le travail est la base de l'économie. Pourtant ces deux objectifs apparaissent incompatibles à court terme. Le bon fonctionnement de l'économie de marché et la mise en place de mesures de protection de la santé de la majorité de la population, en premier lieu des ouvrier-e-s dont le nombre commence à augmenter dans les villes turques¹¹, semblent en effet contradictoires. Le lien de causalité n'est alors établi que dans un seul sens par les promoteur-ice-s de politiques de lutte contre la tuberculose : la bonne santé des travailleur-ses est essentielle pour le travail, en revanche le travail ne semble pas avoir d'impact sur leur santé.

Des solutions biomédicales plutôt que politiques : l'impensé des conditions de travail et de la pauvreté

- 12 L'impératif de développement économique semble primer sur la protection de la santé des travailleur·ses. Cela est visible dans la petitesse des parts de budget accordées à la lutte contre la tuberculose, mais aussi dans le refus de toutes les acteur·ices institutionnelles de remettre fondamentalement en cause l'organisation de l'économie et du travail au nom de la santé. La pauvreté est souvent mobilisée comme variable explicative, floue, de la tuberculose, mais les motifs de l'exploitation et du capitalisme ne sont jamais invoqués.
- 13 La crainte pour l'« existence nationale » fait que l'État turc dépense alors « beaucoup plus pour la garde de ses frontières que pour son organisation sanitaire et sociale »¹². Ainsi, malgré les nombreux discours affirmant l'importance de la santé de ses citoyen·nes pour l'État, malgré la loi de 1930, le budget consacré à la santé reste faible. Si elle progresse en valeur absolue comme relative, la part du budget du ministère de la Santé et de l'Assistance sociale dans le budget de l'État représente environ 4 % en 1950, à peine plus de 5 % en 1960¹³. Les critiques de l'époque notent que cette part est faible comparée aux pays « développés »¹⁴. Au sein de ce budget, la part dédiée à la lutte antituberculeuse est elle aussi relativement basse, ne dépassant les 10 % qu'en 1953¹⁵. Il y a un hiatus entre la volonté affirmée de lutter contre la tuberculose et les moyens alloués. De plus, ces moyens se concentrent sur des solutions biomédicales de court terme.
- 14 Pourtant, dans les discours antituberculeux, la « misère » et la dimension de « maladie sociale » de la tuberculose sont assez souvent présentes. Mais il s'agit plutôt d'évocations rapides en introduction, sur le mode de l'évidence, que de questions réellement développées dans les discours. Ceux-ci préfèrent se concentrer sur les mesures court-termistes à adopter, que cela soit au niveau des comportements individuels ou des politiques de dépistage, de vaccination ou de soin. Si certains articles de *Yaşamak Yolu* abordent la question, celle-ci est vite détournée. Ainsi un article affirme en 1950 :
- La misère rend le traitement difficile, car malgré les nouveaux médicaments, la tuberculose continue d'être une maladie dont la guérison nécessite une nourriture abondante. Lorsque le coût de la vie complique l'accès à une nourriture abondante, la tolérance et la résistance à la maladie peuvent être difficiles¹⁶.
- 15 Cela laisse présager un article sur la dimension socio-économique de la maladie, notamment le rôle de la malnutrition dans le développement de formes actives de tuberculose. Cependant, le reste de l'article se concentre de manière abstraite sur la question du « coût de la vie » et surtout sur les apports caloriques recommandés, sans finalement soulever réellement la question de la pauvreté, des conditions de vie ou de travail. De même, quand des mesures politiques sont réclamées par les associations, il s'agit avant tout du financement de campagnes de vaccination ou de dispensaires, et la dimension socio-économique est vite évacuée même dans les écrits qui s'en approchent le plus, comme cet article de 1951 :
- La tuberculose, qui est une maladie sociale, ne peut être vaincue que par la mise en œuvre simultanée d'un combat médical et social, de mesures économiques et de la politique étatique. L'ouverture de dispensaires, l'achèvement de la vaccination et du dépistage systématique par radiographie [à l'échelle nationale], l'augmentation du nombre de lits sont des mesures précieuses et efficaces dans le domaine

médical ; mais il ne faut pas oublier la mise en place nécessaire, dans le domaine social, d'une assurance contre la tuberculose, d'institutions de prophylaxie infantile et d'une organisation d'aide post-sanatoriale, qui ne sont pas encore développées chez nous¹⁷.

- 16 Si, fait rare, des mesures politiques et économiques sont présentées comme nécessaires, elles ne sont jamais clairement définies. Quant aux demandes de mesures « sociales » elles sont ici assez limitées, à l'exception de la demande de mise en place d'une assurance contre la tuberculose.
- 17 Les acteur·ice·s associatif·ve·s de la lutte contre la tuberculose traitent globalement cette question par le silence. Le constat parfois effectué du lien entre pauvreté et tuberculose n'est suivi d'aucune demande de changement de l'organisation économique et politique, et les conditions de travail ne sont jamais directement évoquées.
- 18 Cette approche est en revanche assumée de manière explicite par les expert·e·s de l'OMS, surtout à partir de la fin des années 1950. L'importance des facteurs non-médicaux dans la tuberculose est concédée, mais le fait de se concentrer sur des mesures biomédicales est revendiqué¹⁸. L'évacuation de la dimension économique et politique de la question de la tuberculose est en ligne avec le positionnement des acteur·ice·s turc·que·s. Cette position se radicalise même au cours des années 1950, l'OMS revendiquant de se placer sur un terrain uniquement biomédical dans la lutte contre la tuberculose, évacuant toute dimension sociale et politique mais aussi morale, au contraire de certain·e·s acteur·ice·s locaux·les. Le syntagme même de « maladie sociale » pour qualifier la tuberculose est refusé par ses expert·e·s, car il est vu comme un prétexte pour ne pas prendre de mesures efficaces¹⁹.
- 19 Les différent·e·s acteur·ice·s de la lutte contre la tuberculose promeuvent finalement des mesures avant tout biomédicales et relativement court-termistes. La question de la pauvreté, quand elle est prise en main par les associations, l'est aussi de manière marginale et court-termiste, sur le mode de la charité. Elle passe surtout par la création de comités de femmes au sein des associations, qui s'occupent des familles des tuberculeux·ses au cas par cas et dans un cadre paternaliste²⁰. De même, la tuberculose n'est pas considérée comme une maladie professionnelle. Si les congrès de l'association nationale de lutte contre la tuberculose consacrent quelques communications marginales au concept de maladies professionnelles, il s'agit de parler de pneumoconioses et non de tuberculose. Les conditions de travail, et les risques qu'elles font peser sur les travailleur·se·s et leur système immunitaire, ne sont en général pas évoqués, ou uniquement à demi-mot.
- 20 Qu'ils privilégient des solutions biomédicales ou la réforme des comportements individuels, les différent·e·s acteur·ice·s de la lutte contre la tuberculose refusent de politiser la question de la tuberculose, dans un contexte politique anti-communiste, alors que les acteur·ice·s associatif·ve·s sont proches du pouvoir, et que l'OMS refuse explicitement de se placer sur un terrain politique. Ces acteur·ice·s agissent selon un mécanisme classique qui consiste à se concentrer sur la question de la transmission du bacille et non sur la résistance du système immunitaire, alors même que dans le cas de la tuberculose, l'infection est loin de signifier systématiquement le développement de la maladie²¹. En effet, alors qu'aujourd'hui on estime que près d'un quart de la population mondiale est porteuse du *Mycobacterium tuberculosis*, seul·e·s 5 à 15 % des porteur·se·s développent une forme active de tuberculose, avec un risque accru chez les

personnes au système immunitaire affaibli²². Les conditions socio-économiques sont un facteur important de l'infection et du développement de la maladie²³.

- 21 La condition socio-économique et les conditions de travail des (potentiel·les) tuberculeux·ses apparaissent comme un impensé, alors que les politiques de prévention se focalisent plutôt sur des aspects biologiques considérés comme universels (vaccination de toute la population) et sur les conditions de vie à l'échelle des comportements individuels.

Un non-dit plutôt qu'un impensé : la question de la réhabilitation

- 22 Pourtant, plutôt qu'un impensé, la question des conditions de travail apparaît comme un non-dit. En s'intéressant non plus aux politiques de prévention mais de traitement, et surtout de « réhabilitation » (*rehabilitasyon*), on voit revenir la question des conditions de travail. Dans les centres de réhabilitation qui apparaissent à partir des années 1950, les tuberculeux·ses pauvres en rémission sont formé·es à des métiers supposés moins délétères, tel que le petit artisanat. Le concept de réhabilitation force les acteur·ices à penser cette question, et donc à admettre, au moins en creux, la dimension de « maladie d'usure au travail » de la tuberculose²⁴. Chercher à éviter les rechutes des patient·es traité·es conduit nécessairement à admettre que le développement de la maladie n'est pas lié uniquement à l'exposition au bacille, aux comportements individuels ni même aux conditions d'habitat.
- 23 À partir des années 1950, avec la progression des possibilités de guérison suite à l'introduction des antibiotiques, se pose la question du retour au travail des tuberculeux·ses. La réhabilitation vise alors à permettre « le retour des tuberculeux·ses rétabli·es – qui se comptent par centaines de milliers – à la société, dans un état qui leur permettra de travailler et d'assurer leur existence à nouveau. »²⁵ Il s'agit donc de faire reprendre progressivement une activité aux malades rétabli·es, mais aussi et surtout de les former à une profession compatible avec leur état. Les métiers enseignés correspondent à des activités moins physiques, demandent une certaine qualification, et permettent souvent un exercice indépendant et non nécessairement salarié : couture, fabrication ou réparation d'objets (radios, fleurs artificielles...), dactylo, etc.
- 24 La réhabilitation revêt une dimension morale, avec l'idée qu'il ne faut pas que les malades s'habituent à l'oisiveté, et permet par ailleurs de réassigner des normes de genre – les métiers enseignés aux femmes et aux hommes sont clairement différenciés et les institutions séparées. Mais elle répond avant tout à une nécessité concrète, celle de « faciliter la lutte inévitable pour la subsistance » des tuberculeux·ses²⁶. En mettant en place et en promouvant la réhabilitation, les associations de lutte contre la tuberculose et l'État reconnaissent en creux que la grande majorité des malades ne peuvent survivre sans travailler, c'est-à-dire qu'ils ne disposent pas d'autre capital que leur force de travail – et que le système de protection sociale est largement insuffisant. Cela force aussi à admettre que les emplois qui leur sont accessibles sont dangereux pour leur santé : il n'est « nul besoin d'être médecin » pour comprendre que certains travailleurs, tels que les mineurs ou les sidérurgistes, ne pourront pas reprendre leur métier comme si de rien n'était après quelque temps au sanatorium²⁷. Les médecins

sont bien conscient·es que les patient·es guéri·es risquent une rechute s'ils retrouvent des conditions de vie et de travail trop difficiles :

Même après que sa tuberculose a été traitée, le·a patient·e ne doit pas se retrouver dans des conditions de vie fatigantes, éreintantes et nuisibles pour son état physique. En effet, dans ces conditions, la tuberculose peut réapparaître. Afin de gagner leur vie après leur traitement, il faut donc que les patient·es effectuent des travaux compatibles avec leur état de santé²⁸.

- 25 Les premiers centres de réhabilitation ouvrent en 1953 à Istanbul. Adossés au sanatorium d'Heybeliada et à l'hôpital de Yedikule, ils sont financés par le ministère de la Santé et de l'Assistance sociale mais gérés par l'association de lutte contre la tuberculose d'Istanbul²⁹ – on voit là encore la coopération entre l'État qui finance et les associations qui mettent les politiques en place. À Heybeliada, les tuberculeux rétablis travaillent d'abord deux à trois heures par jour, puis jusqu'à six sous contrôle médical³⁰. D'autres centres liés à des établissements de soin ouvrent à partir du milieu des années 1950, à şişli, Izmir, ou encore au sanatorium Atatürk d'Ankara³¹.
- 26 Si la réhabilitation est affichée comme une activité importante de la lutte contre la tuberculose dans les années 1950, et plus encore dans les années suivantes, elle reste cependant une activité marginale des politiques antituberculeuses. Présentée comme une composante à part entière de la lutte contre la tuberculose avec la prévention et le soin³², considérée comme un thème important dès le deuxième congrès national sur la tuberculose³³, faisant l'objet d'articles et de conférences radiophoniques³⁴, la réhabilitation ne concerne cependant que quelques centaines de personnes à l'échelle du pays. On peut en déduire que la grande majorité des tuberculeux·ses, même ceux·lles ayant la possibilité d'être soigné·es, sont ensuite renvoyé·es aux conditions de vie et de travail mêmes dans lesquelles ils ont développé leur maladie.
- 27 Étudier la réhabilitation permet donc de comprendre que les conditions de travail et la pauvreté des malades de la tuberculose sont plutôt un non-dit qu'un impensé des acteur·ice·s de la lutte contre la tuberculose. Cependant, les politiques ne se penchent sur la question du travail qu'à l'échelle individuelle, pour quelques malades ayant été traité·es. Non seulement les solutions n'interviennent qu'après la maladie, mais elles ne sont de plus qu'appliquées que marginalement. La priorité reste aux mesures biomédicales, qui ne nécessitent aucune modification profonde de l'organisation économique et politique.

Conclusion

- 28 À la fin des années 1940 et dans les années 1950, la tuberculose est construite comme une question économique. En revanche, le fonctionnement de l'économie, lui, ne relève pas de la sphère du médical. Malgré une conscience de l'influence de la pauvreté et des conditions de travail sur la maladie, les spécialistes de la tuberculose n'appellent jamais à un bouleversement de l'organisation sociale et économique au nom de la santé. Les mesures court-termistes et biomédicales sont privilégiées. La volonté d'améliorer les conditions de vie se limite à l'incitation à la modification des comportements individuels et à une aide sociale limitée et paternaliste. Absent des discours, le rôle des conditions de travail et de l'organisation économique est pourtant bien pris en compte dans leurs pratiques par les acteur·ice·s de la lutte contre la tuberculose. La

réhabilitation des tuberculeux-ses guéris, conduit à reconnaître en creux l'aspect pathogène des conditions de travail et le caractère social et politique de la tuberculose.

NOTES

1. "Salgınin ikinci ayında sermayeyi koruyan ve işçi sınıfını sürü bağışıklığına iten politikalar, virüsün işyerlerinde ve işçilerin yaşam alanlarında hızla yayılmasına sebep oldu", İŞİG Meclisi. "Covid-19 Salgını Döneminde İşçi Sağlığı ve Güvenliği Raporu" [Rapport sur la santé et la sécurité au travail au temps de l'épidémie de Covid-19], 17 mai 2020, <http://isigmeclisi.org/20389-salginin-ikinci-ayi-isyerleri-salginin-can-pazarina-donusturuldu>.
2. Akder, Halis. "Forgotten Campaigns : A History of Disease in Turkey" in Kerslake, Celia, Öktem, Kerem et Robins, Philip. *Turkey's Engagement with Modernity. Conflict and Change in the Twentieth Century*, Londres : Palgrave Macmillan, 2010, p. 229.
3. *Umumi Hıfzıssıhha Kanunu [Loi sur la santé publique]*, n°. 1593, *Resmî Gazete [Journal officiel]*, 6 mai 1930, voir İlikan, Ceren Gülser. *Tuberculosis, Medicine and Politics : Public Health in the Early Republican Turkey*, mémoire de master, Histoire, Boğaziçi Üniversitesi, Istanbul, 2006, p. 64-65 et 172-174 pour plus de détails.
4. Delmaire, Léa. « Abstract : Construction et déconstructions d'une maladie sociale. Les politiques de lutte contre la tuberculose en Turquie (1948-1960) », *Diyâr - Zeitschrift für Osmanistik, Türkei- und Nahostforschung*, n° 1, 1/2020, p. 189-191.
5. "Verem savaşı pahalıdır. Fakat, verem daha pahalıdır". *Yaşamak Yolu*, octobre 1952, p. 12
6. "Her yıl verem yüzünden uğradığımız kayıpları ortalama bir hesapla 40-50 bin kişi olarak kabul ettiğimiz takdire bunların memlekette bıraktığı boşluk bizi gerçekten ürkütür. [...] Bir insanın ekonomi bakımından istihsal kıymetini ortalama 5,000 lira farzederek her yıl kayıp ettiğimiz 50,000 veremli yüzünden 250,000,000 lira zarar etmekte olduğumuzu esefle görürüz" Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı [Ministère de la Santé et de l'aide sociale]. *On Yıllık Millî Sağlık Plânı [Plan décennal pour la santé nationale]*, 1946, *Cumhuriyet Arşivleri*, 30-10-0-0_14-80-13, p. 23.
7. "[Her] yıl on binlerce vatandaşımızın ölümüne sebep olmak suretile millî varlığımıza ve ekonomize çok büyük zararlar veren", "Halkevlerinde Verem Haftası için konferanslar düzenlenmesi" [Organisation de conférences dans les Maisons du Peuple pour la semaine de la tuberculose], 1947, *Cumhuriyet Arşivleri*, 490-1-0-0_8-41-4.
8. "Verem Savaşı hakkında Kanun tasarımı ve Sağlık ve Sosyal Yardım ve Bütçe Komisyonları raporları" [Projet de loi sur la lutte contre la tuberculose et rapports des commissions de la Santé et de l'aide sociale et du Budget], 15 mars 1949, minutes de la Grande Assemblée Nationale de Turquie, p. 1, <https://www.tbmm.gov.tr/tutanaklar/TUTANAK/TBMM/d08/c018/tbmm08018078ss0166.pdf>.
9. Berthet, Étienne. *Aspects médico-sociaux de la tuberculose*, Istanbul : s.n., 1950, p. 13.
10. "the aim for tuberculosis control is to obtain a decrease not only in mortality but also in the incidence and prevalence of acute or temporary disability (disease) and chronic disability (invalidism). It is our aim not only to prevent people from dying but to keep them healthy and fit for their work." "Report on tuberculosis to the joint committee on health policy", 1954, Bibliothèque de l'OMS, JC7/UNICEF-WHO/1, p. 3.
11. Zürcher, Erik Jan. *Turkey : A modern History*. Londres : I.B. Tauris, 1993, p. 226.

12. Berthet, Étienne, *Dix-huit mois de lutte antituberculeuse en Turquie - Rapport du Centre Antituberculeux de perfectionnement et de démonstrations (créé sous les auspices de l'Organisation Mondiale de la Santé)*, Istanbul : Ligue antituberculeuse, 1952, p. 8.
13. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı [Ministère de la Santé et de l'aide sociale]. *Sağlık Hizmetlerinde 50 Yıl [50 ans de services de santé]*. Ankara : Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, 1973, p. 60.
14. Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi [Conseil central de l'Union des médecins de Turquie], *Söyleşilerle Sosyalleştirme Yasasının Öyküsü [Petite histoire de la loi de socialisation par les discours]*, Ankara : TTB, 2001, p. 7-8, cité par Günal, Asena. *Health and Citizenship in Republican Turkey : An Analysis of the Socialization of Health Services in Republican Historical Context*, thèse de doctorat, Histoire, Istanbul, Boğaziçi Üniversitesi, 2008, p. 246.
15. Aksu, Murat, *Tıp Tarihi Açısından Türkiye'de Verem Savaşı [La lutte contre la tuberculose en Turquie sous l'angle de l'histoire de la médecine]*, Ankara : Türkiye Ulusal Verem Savaşı Dernekleri Federasyonu, 2007, p. 125.
16. "Sefalet tedaviyi güçleştirir, zira yeni ilâçlara rağmen, verem bol gıda ile şifaya giden bir hastalık olmakta devam etmektedir. Hayat pahalılığı, bol gıda alınmasını güçleştirdiğinden, hastalığa tahammül ve mukavemet te kolay olamaz.", F.Y., "Verem savaşında mühim meseleler" [Les problèmes essentiels de la lutte contre la tuberculose], *Yaşamak Yolu*, octobre 1950, p. 4.
17. "Sosyal bir hastalık olan verem ancak medikal ve sosyal mücadele, ekonomik tedbirler ve devlet siyasetinin hemahenk yürütülmesiyle mağlup edilebilir. Dispanserler açmak, aşı ve seri röntgenini taammüm ettirmek, yatak adedini çoğaltmak medikal sahada kıymetli ve müessir tedbirlerdir ; unutulmaması ve henüz bizde gelişmediği için sosyal sahada teşkilâtlandırılması bilhassa şart olan verem sigortası, çocuk profilaksisi için müesseseler ve bir de post-sanatoryal yardım teşkilâtı vardır.", Erhat, Fazıl. "Türkiyede rehabilitasyon ve reedükasyon için ilk çalışmalar" [Premières recherches sur la réhabilitation et la rééducation en Turquie], *Yaşamak Yolu*, octobre 1951.
18. Comme l'indique un expert de l'OMS dans une conférence : "We readily admit that social and economic conditions have a great influence on tuberculosis in a community, but this does not provide us with any specific measure for controlling the disease". Holm, Johs. "The ideas and plans of the World Health Organization in Connexion with Chemotherapy in Tuberculosis Control in Underdeveloped Countries", 1957, Bibliothèque de l'OMS, WHO/TBC/Int./40, p. 3.
19. "[The] description of tuberculosis as a social disease has often been used as an excuse for not taking any active steps to control tuberculosis". "The work of WHO in the field of tuberculosis", *WHO Chronicles*, février 1958, vol. 12, p. 35.
20. Voir par exemple Hekimoğlu, Müşerref. "Verem Savaşında Kadınlarımız" [Les femmes turques dans la lutte contre la tuberculose], *Yaşamak Yolu*, mai 1959, p. 2.
21. Barnes, David S. *The Making of a Social Disease : Tuberculosis in nineteenth-century France*, Berkeley : University of California Press, 1995.
22. OMS, « Tuberculose », 2019, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>.
23. Furin, Jennifer, Cox, Helen, et Pai, Madhukar. "Tuberculosis", *The Lancet*, 2019 (20 avril), 393 (10181), p. 1642-1656. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30308-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30308-3).
24. Cottureau Alain. « La tuberculose : maladie urbaine ou maladie de l'usure au travail ? Critique d'une épidémiologie officielle : le cas de Paris », *Sociologie du travail*, 1978 (avril-juin), 20(2), p. 192-224. <https://doi.org/10.3406/sotra.1978.1574>.
25. "[İyileşen] ve sayıları yüzbinleri bulan veremlilerin tekrar hayatlarını temin edecek, iş görebilecek bir halde cemiyete iadesi (bunu da rehabilitasyon müesseseleri yapar)." "İstanbul verem savaşında elde edilen terakki " [Les progrès réalisés dans la guerre contre la tuberculose à Istanbul], *Yaşamak Yolu*, août 1954, p. 4.

26. “[Kaçınılmaz] hayat ve geçim mücadelesini kolaylaştıracağı,” Erhat, *art.cit.*, p. 2.
27. *Ibidem*.
28. “[Verem] hastalığı tedavi edildikten sonra dahi hastanın çok yorucu, yıpratıcı ve vücut mukavemetini kırıcı hayat şartları içinde bulunmaması lazımdır. Çünkü, bu şartlar içinde verem hastalığı tekrar nüksedebilir. İşte tedavi edilmiş hastaların, hayatlarının müteakip safhalarında geçimlerini temin için kendi sıhhi durumlarıyla mütenasi işler yapması icabetmektedir.” Dr. Enver Bozyakalı, “Atatürk sanatoryumunda rehabilitasyon ve readaptasyon çalışmaları,” *IV üncü Türk Tüberküloz Kongresi, 15-18 şubat 1959* [Quatrième congrès turc sur la tuberculose, 15-18 février 1959], Ankara: Gürsoy Basımevi, 1959, p. 432-33.
29. Öniş, Handan. “Şişli Rehabilitasyon Merkezi Nasıl Çalışıyor” [Comment fonctionne le centre de réhabilitation de şişli], *Yaşamak Yolu*, juillet 1955, p. 5.
30. Özgen, Zülfü Sami. “Memleketimizde verem rehabilitasyon merkezleri nasıl kurulmalıdır” [Comment devraient être établis les centres de réhabilitation de la tuberculose dans notre pays], *IV üncü Türk Tüberküloz Kongresi, op. cit.*, p. 526-532, p. 527.
31. *Ibidem* ; *Yaşamak Yolu*, juin 1961, p. 10, Gürkan, Mahmut et Yıldırım, Nuran. *Türk Göğüs Hastalıkları Tarihi* [Histoire des maladies thoraciques en Turquie], Istanbul : Türk Toraks Derneği, 2012, p. 80.
32. “İstanbul verem savaşında elde edilen terakki”, *art.cit.*, p. 4.
33. *Cumhuriyet*, 7 février 1955, p. 5.
34. Erman, Zühtü Tevfik. “Veremedi iyi olan hasta çalışabilir” [Les tuberculeux-ses rétabli-es peuvent travailler], *Yaşamak Yolu*, janvier 1958, p. 2.

RÉSUMÉS

Les mesures de lutte contre le COVID en Turquie ont été accusées de vouloir préserver la croissance au détriment de la santé de la population. Cet article vise à éclairer la tension récurrente entre économie et santé publique à partir de l'exemple de la tuberculose. Dans les années 1940-50, l'argument de la valeur économique des vies humaines et de la bonne santé des travailleurs-ses est mobilisé par les promoteur-rice-s de la lutte contre la tuberculose. Ces deux objectifs apparaissent pourtant incompatibles à court terme, et l'impératif de développement économique prime. Les politiques de lutte contre la tuberculose ne remettent pas en cause l'organisation de l'économie au nom de la santé. Quasi-absente des discours, l'influence de la pauvreté et des conditions de travail sur la tuberculose est pourtant reconnue en pratique, comme le montre l'ouverture de centres de réhabilitation par le travail à partir des années 1950.

INDEX

Mots-clés : Turquie, COVID-19, tuberculose, économie, santé, travail, réhabilitation

AUTEUR

LÉA DELMAIRE

Léa Delmaire est doctorante au Centre d'histoire de Sciences Po. Sa thèse interroge l'apogée et le déclin de la tuberculose comme problème public majeur dans la Turquie républicaine, entre science et politiques publiques. Lauréate du prix de mémoire de la GTOT, elle est membre du réseau DFG « Turquie contemporaine » (Duisburg-Essen). Diplômée d'histoire, de sciences sociales et de philosophie, elle enseigne l'histoire et les STS en tant qu'ATER à Sciences Po.